

# MEDICALIZACIÓN Y MEDICAMENTALIZACIÓN DE LA VIDA COMO ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA EN LAS SOCIEDADES PATRIARCAPITALISTAS

**Medicalització i medicamentització de la vida com a estratègia biopolítica a les societats patriarcapitalistes**

**Medicalization and medicamentization of life as a biopolitical strategy in patriarchal capitalist societies**

**Ximena  
Lagos Morales**

ximenalagos@uach.cl

## RESUM

L'objectiu d'aquest assaig és reflexionar sobre les implicacions del suïcidi femicida com a fet individual, social i biopolític, sobre la base d'un exercici reflexiu i la tensió entre diferents autors que han abordat aquesta temàtica. Es proposa llegir la història de vida de Josefa a la novel·la "Tres mil viatges al sud" de Manuel Machuca, en clau biopolítica i des del concepte de suïcidi femicida encunyat per Diana Russell i treballat extensament per Rita Laura Segato. A les històries que relata l'autor s'evidencien les múltiples opressions que travessen les històries de dones. S'explicita una violència sistèmica emparada a l'ordre patriarcal, colonial i capitalista dels nostres temps i un model de cures i pràctica clínica com a dispositius de control social. Es reconeix com la medicalització i medicamentització de les nostres vides, produïda i reproduïda des de l'actual model mèdic hegemònic, afavoreix i accentua totes les violències estructurals que avui persisteixen. Lluny de pretendre una simplificació d'un debat complex, sempre vigent, com és aquell respecte del suïcidi i, més encara, del suïcidi femicida, compartir aquesta reflexió és un intent d'obrir espais de diàleg reflexiu i d'acció col·lectiva al voltant de les implicacions biopolítiques de la pràctica assistencial.

**PARAULES CLAU:** Medicalització; medicamentització; suïcidi femicida; biopolítica; patriarcapitalisme.

## ABSTRACT

The aim of this essay is to reflect on the implications of feminicidal suicide as an individual, social and biopolitical fact, based on a reflexive exercise and the struggle between different authors who have addressed this issue. It is proposed to read the life story of Josefa in the novel "Three thousand trips to the south" by Manuel Machuca, in a biopolitical key and using the concept of feminicidal suicide coined by Diana Russell and extensively worked by Rita Laura Segato. In the stories that the author tells, the multiple oppressions that women's stories go through are evident. A systemic violence protected in the patriarchal, colonial and capitalist order of our times and a model of care and clinical practice as social control devices is made explicit. It is recognized how the medicalization and medicamentation of our lives, produced and reproduced from the current hegemonic medical model, favors, and accentuates all those structural violence that today persist. Far from trying to simplify a complex debate, always in force, such as that regarding suicide and even more so, feminicidal suicide, sharing this reflection is an attempt to open spaces for reflective dialogue and collective action around the biopolitical implications of the healthcare practice.

**KEY WORDS:** medicalization; medicamentation; feminicidal suicide; biopolitics; patriarcapitalism.

## RESUMEN

El objetivo de este ensayo es reflexionar sobre las implicancias del suicidio feminicida como hecho individual, social y biopolítico, en base a un ejercicio reflexivo y la tensión entre distintos autores que han abordado esta temática. Se propone leer la historia de vida de Josefa en la novela "Tres mil viajes al sur" de Manuel Machuca, en clave biopolítica y desde el concepto de suicidio feminicida acuñado por Diana Russell y trabajado extensamente por Rita Laura Segato. En las historias que relata el autor se evidencian las múltiples opresiones que atraviesan las historias de mujeres. Se explicita una violencia sistémica amparada en el orden patriarcal, colonial y capitalista de nuestros tiempos y un modelo de cuidados y práctica clínica como dispositivos de control social. Se reconoce cómo la medicalización y medicamentación de nuestras vidas, producida y reproducida desde el actual modelo médico hegemónico, favorece y acentúa todas aquellas violencias estructurales que hoy persisten. Lejos de pretender una simplificación de un debate complejo, siempre vigente, como es aquel respecto del suicidio y más aún, del suicidio feminicida, compartir esta reflexión es un intento por abrir espacios de diálogo reflexivo y acción colectiva en torno a las implicancias biopolíticas de la práctica asistencial.

**PALABRAS CLAVE:** medicalización; medicamentación; suicidio feminicida; biopolítica; patriarcapitalismo.

*“La medicina moderna tiene importantes características transformadoras ya que los médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales de la salud contribuyen al proceso mediante el cual cada vez más y más formas de descontento humano se canalizan a través de la medicina, descontento que es tratado, aunque no «curado», farmacéuticamente...”*

*Nancy Scheper-Hughes (1995:240)*

**P**ara reflexionar sobre las implicancias del suicidio feminicida como hecho individual, social y biopolítico, se usó como material de análisis cualitativo la historia de vida de Josefa en la novela “Tres mil viajes al sur” de Manuel Machuca (2016). La lectura realizada se hizo en clave biopolítica y desde el concepto de suicidio feminicida acuñado por Diana Russell y trabajado extensamente por Rita Laura Segato, en base a un ejercicio de reflexividad y la tensión entre distintos autores que han abordado las temáticas de la medicalización y medicamentación de la vida y del cuerpo de las mujeres. El suicidio feminicida se entiende como la muerte voluntaria gatillada por una sociedad que oprime. En este punto se conecta con el control psicosocial a través de medicamentos, modelando subjetividades a favor de silenciar las demandas de mujeres que buscan liberarse del patriarcapitalismo imperante.

## REFLEXIÓN TEÓRICA

La presente reflexión surge de mi posición como latinoamericana, habitando y re-existiendo en un territorio del sur de Chile. Soy farmacéutica de profesión, con orientación hacia la Farmacia Clínica y Social, explorando intersecciones entre las teorías decoloniales, feminismo antirracista, medicina social, salud colectiva y epistemologías del sur, como matrices para una investigación emancipadora. Sensibilizada por la crisis social y política que vive Chile, agudizada en octubre de 2019 y a la cual se suma hoy la crisis sanitaria global, busco desarrollar investigación crítica que aporte de alguna manera al proceso de transformación sociopolítica que estamos viviendo como sociedad. Trabajo como profesora en la misma universidad donde me formé y temáticas como la medicalización de la vida y la muerte, la deshumanización de la atención sanitaria y la coerción en salud, todas cimentadas en una base común, a mi entender, que ha sido el ultraliberalismo económico y el capitalismo cognitivo, me motivan a transitar hacia una investigación militante, que cuestione el colonialismo e imperialismo y su impacto en la mercantilización de la salud y la vida. Espero con ello contribuir a la formación de futuros profesionales, brindando espacios y enfoques que favorezcan el pensamiento crítico y den mayor amplitud de perspectiva o nuevos lentes, a la hora de discutir aspectos relativos a la filosofía de la práctica profesional, reconocimiento de las subjetividades implicadas en la relación terapéutica y sobre todo, potenciar la posibilidad de acciones micro y macropolíticas en busca del ejercicio colectivo de una real soberanía sanitaria con pertinencia cultural y territorial, un ejercicio farmacéutico crítico y desmedicalizador.

La consigna “No era depresión, era capitalismo” que acompañó, durante el llamado estallido social en Chile el 2019, las demandas colectivas que se plasmaron en las calles reafirmaron en lo personal una revolución interior y necesidad urgente de deconstrucción y transmutación en términos profesionales e identitarios. Me parece hoy ineludible la necesidad de un cuestionamiento político y comunitario frente a procesos formativos en el ámbito de las carreras de la salud fuertemente biomedicalizados, caracterizados por un eurocentrismo y una sistemática carencia de historicidad, pensamiento crítico, y una falsa neutralidad en la cual ha primado una ideología evolucionista, eugenésica, malthusiana e higienista que, consecuente con una colonialidad del ser y del saber, anula cualquier posibilidad de reconocimiento de las violencias sistémicas de las sociedades patriarcapitalistas como generadoras de malestar social y determinantes en los modos de vivir, trabajar, enfermar y morir. A su vez, se trata de espacios académicos donde prácticamente no se concibe la posibilidad de un diálogo en torno a los saberes y prácticas que emergen en los diversos territorios a partir de la imbricación del conocimiento ancestral y popular, cosmovisiones y resistencias a la hegemonía neoliberal.

Desde 2019 participo en una Escuela Popular de Formación Colectiva integrada por personas y colectivos que agencian desde el territorio sur de mi país. Es un espacio que se gesta en medio de la revuelta social y que surge con miras a contribuir, desde la educación popular y los principios pedagógicos libertarios de Paulo Freire, al debate en torno al proceso constituyente que buscamos para erradicar de una vez por todas la constitución que nos impusieron violentamente en la dictadura cívico-militar y que nos ha despojado de nuestra dignidad. Esta experiencia me ha permitido una vinculación con movimientos por la defensa de los territorios, la oportunidad de escuchar distintas voces en torno al planteamiento ontológico y sustento sociopolítico de los pueblos originarios y a colectivos que buscan levantar procesos de economía local y solidaria con base en la soberanía alimentaria y territorial. En medio de aquella “revolución social” de octubre de 2019, la pandemia global y las múltiples epidemias particulares en las distintas regiones y contextos, este retejer me invita a pensar que procesos de auto y co-gestión desde los territorios, hacer en pro de un cuidado mutuo, demandando un Estado fuerte y garante de derechos fundamentales, pero que respete y materialice las demandas emanadas de los procesos de soberanía popular, no solo son posibles de plantear, sino imprescindibles de asumir. En ese sentido, un marco ineludible es el reconocimiento de la co-existencia, en los diversos territorios, de una pluralidad de prácticas de autoatención y mutuocuidado en torno a procesos de salud/enfermedad/cuidados eminentemente históricos, sociales, políticos, contruidos culturalmente y de manera situada, los cuales evidencian la sabiduría, la resistencia y resiliencia de las comunidades, frente a los despojos del neoliberalismo hegemónico. Es desde este posicionamiento, que elaboro esta reflexión.

En las historias que relata Manuel Machuca se evidencian las múltiples opresiones que atraviesan las historias de mujeres con diversas trayectorias vitales, no obstante, en contextos que, a mi juicio, son comparables con los procesos de gentrificación y múltiples despojos que se suceden sistemáticamente en Chile, en Latinoamérica y a nivel global. Este escritor y

farmacéutico sevillano, recoge en la novela *Tres mil viajes al sur* (Machuca, 2016), relatos vivenciales de cuatro mujeres, entrelazadas por el habitar un lugar común, el conjunto de barrios Polígono Sur, en el sur de Sevilla, muestra de historias de pobreza, desplazamiento forzado y desarraigo en medio del proyecto de modernización y ciudad neoliberal. Martha Milena Silva Castro, farmacéutica y antropóloga colombiana radicada en Europa, en un interesante análisis académico (Silva-Castro, 2019) de estas “historias más que conmovedoras en que Machuca nos relata un escenario caleidoscópico (...) que logra traer a una comprensión lega cuestiones complejas de la exclusión social”, nos propone confrontar la tradicional obsesión desde el mundo biomédico por patologizar el suicidio, verlo como un desenlace. Un “mal resultado” a partir del cual el profesional sanitario y las estrategias de salud mental deben encontrar intervenciones de salud que eviten este desenlace. Y para realizar esta confrontación Silva-Castro nos invita a leer el suicidio en clave sociológica, tomando las tipologías acuñadas por el francés Émile Durkheim, publicadas originalmente en 1897 (Durkheim, 1951) y la primera historia de vida de la novela, la de Josefa. Ainhoa Vásquez Mejías (2020), por su parte, en su artículo *Óxido de Carmen de Ana María Del Río: un suicidio feminicida*, nos invita a leer esta obra de la escritora feminista chilena desde la teoría de género y en concreto, desde el concepto de «suicidio feminicida» acuñado por la sudafricana Diana Russell (2006:106) “vislumbrando en esta historia los alcances asesinos de una sociedad patriarcal” (Vásquez, 2020:5). El objetivo de este ensayo es reflexionar, en diálogo con estas lecturas, sobre las implicancias del suicidio como hecho individual, social y biopolítico, en base a un ejercicio reflexivo y la tensión entre distintos autores que han abordado esta temática de manera directa o indirecta.

Creo entender el suicidio como un fracaso, primero de un estado incapaz de responder a su responsabilidad de proveer protección social e igualdad de oportunidades en los planos económicos, educacionales, culturales, políticos, etc. Secundariamente, como un fracaso de todos quienes nos consideramos trabajadoras y trabajadores de la salud y “servidores públicos” y, por ende, tenemos la obligación de implicarnos en los procesos de transformación social que hoy las comunidades demandan para alcanzar el bienestar, para vivir en dignidad. En tercer lugar, como un fracaso personal por no haber ofrecido cobijo, escucha y comprensión a quien he tenido cerca y ha tomado tal decisión. En último lugar o tal vez el primero... el suicidio es para mí una manifestación, ¿radical? o, ¿prudente? más bien...una muestra de la necesaria consciencia de nuestras limitaciones y libertades individuales ante un mundo injusto y hostil en el que hoy definitivamente no caben todos los mundos, y que si no es en coherencia con todo lo que sabemos que sabemos, no podremos transformar para permitirnos caber en él. En este sentido, me parece urgente resignificar lo que implica ser sujetos revolucionarios, porque necesitamos serlo.

La primera vez que participé en un taller – en el marco de una actividad académica de posgrado dirigida por la Dra. Silva Castro y el Dr. Machuca González – para analizar el relato de Josefa, en *Tres mil viajes al sur*, planteé que me parecía que para ella se trataba de una muerte feliz, que Josefa toma la decisión de suicidarse desde el profundo conocimiento de

que nada cambiará, consciente a mi juicio, de que la única manera de liberarse de tantas cargas, frustraciones, violencias y opresiones, era tomar la decisión del suicidio. Sigo respetando y sintiéndome cerca de esa posición. Sin embargo es innegable cómo la experiencia de contraste de miradas y palabras intercambiadas en torno a la discusión de esta historia con mis compañeras y profesores en ese espacio académico y el ejercicio de observación participante, fue nutriendo esa concepción de lo insuficiente que resulta ver esa situación en un plano individual y de la necesidad de explicitar la determinación social de los procesos de salud y enfermedad, identificar cada una de las violencias estructurales que reproducimos en nuestra cotidianidad por no ver, por no atender los discursos que enunciamos o escuchamos, por negar al otro, negar su dignidad. Por supuesto que no discrepo de lo imprescindible que es asumir que el suicidio es un fracaso de un sistema que debe asegurar inclusión y no exclusión. De lo intransigentes que debemos ser en denunciar y accionar, ya no solo en un plano profesional individual, sino como actores comunitarios, frente a tantas injusticias sociales que hoy persisten. Para no ser cómplices de una sociedad violenta, una sociedad que enferma, un sistema de salud que medicaliza, que patologiza hechos sociales, momentos vitales... pero... ¿hasta qué punto? Hay un noble imperativo ético que nos moviliza hacia un trabajo en pro de las transformaciones sociales y que el procurar que no exista vulneración de derechos fundamentales, sea una preocupación central y el foco de nuestro accionar. No obstante, me preocupa que aquello atente eventualmente contra la propia dignidad y autonomía de las personas. ¿Qué duda cabe de que el suicidio es un hecho social? Pero ¿no es también una decisión personal como lo es el acto de eutanasia, para evitar prolongar un sufrimiento que es irreparable? ¿no es acaso un profundo acto de humanización y respeto por el otro, el asumir esa decisión cuando la conozco *a priori*, cuando la intuyo? ¿un dejar a un lado mis propias convicciones y comprender lo que es el último anhelo del otro cuando ya todo le ha sido negado y no puedo yo concedérselo porque no está en mí hacerlo ni tengo la capacidad de reconfigurar un escenario tan complejo, tan atado, y porque siquiera intentarlo implicaría irrumpir en su vida, colonizarlo con mi pensamiento y modo de ver las cosas, y provocarle mayor sufrimiento? ¿no es acaso la muerte voluntaria un acto de profunda consciencia? ¿no es acaso un acto libertario?

No puedo no sostener mi lucha, desde mi espacio cotidiano, por esa transformación social y política de la que me siento parte hoy, pero hay un límite, una delgada línea, que procuro no sobrepasar. Aquella en que las personas buscan terminar con aquellos dispositivos de poder que están administrando sus vidas. ¿No es acaso el asistencialismo otra violencia más, arraigada profundamente en los sistemas de salud, pero así también en nuestros procesos formativos y cognitivos? No caemos tantas veces en ese mesianismo redentor... Que la pobreza no es solo material, sino que pluridimensional, es una gran lección aprendida durante este proceso reflexivo. Y que la soledad mata tanto o más que la pobreza, también. Algunos mueren lentamente a lo largo de sus vidas, unos deciden renacer y las condiciones les son dadas para que ello ocurra. Otros optan por trascender aquello que algunas entendemos como el final de la vida. Optan por liberarse.

Albert Camus, exponente de lo absurdo, cuestiona el suicidio en *El mito de Sísifo* (Camus, 2015), al decir que:

...Matarse, en cierto sentido, y como en el melodrama, es confesar. Es confesar que se ha sido sobrepasado por la vida o que no se la comprende. Sin embargo, no vayamos demasiado lejos en esas analogías y volvamos a las palabras corrientes. Es solamente confesar que eso "no merece la pena". Vivir, naturalmente, nunca es fácil. Uno sigue haciendo los gestos que ordena la existencia, por muchas razones, la primera de las cuales es la costumbre. Morir voluntariamente supone que se ha reconocido, aunque sea instintivamente, el carácter irrisorio de esa costumbre, la ausencia de toda razón profunda para vivir, el carácter insensato de esa agitación cotidiana y la inutilidad del sufrimiento... (Camus, 2015:16-17).

No hay en Camus una intención moralista ni religiosa para cuestionar el suicidio, sino más bien el establecimiento de que la vida es un absurdo y no vale por tanto la pena sufrirla. Invita, con ello, a la emancipación, a la rebeldía, a la creatividad, para encontrarle un sentido a nuestras vidas y no evadirlas.

El suicidio, desde un plano patológico, lleva a omitir su carácter de problemática pública, social y biopolítica. Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987), antropólogas médicas críticas, han planteado tres perspectivas desde las cuales el cuerpo puede ser visto y que me resultan claves en esta discusión: (1) como un individuo fenomenalmente experimentado cuerpo-yo; (2) como cuerpo social, símbolo natural del pensamiento sobre las relaciones entre la naturaleza, la sociedad y la cultura; y (3) como cuerpo político, artefacto de control social y político. Estas autoras proponen asimismo a la emoción como la mediatrix entre los tres cuerpos. Infero que, por tanto, es desde la emoción y la intersección de estos tres cuerpos que emergen las resistencias, individuales y colectivas, y las posibilidades de transformación de las realidades. Como reflexiona Yera Moreno (2017) en torno a la propuesta performativa de construcción del género de Judith Butler, los sujetos no somos una categoría cerrada ni estamos establecidos por completo, sino que somos un proceso de construcción continua y abierta a constantes rearticulaciones (Moreno Yera, 2017:1). Así, el sujeto para Butler (2004) emerge necesariamente en lo normativo, es producido por el poder, pero a su vez tiene agencia, capacidad de acción para subvertir las normas que lo han producido y lo "sujetan". (Butler, 2004:3). Estas propuestas me invitan a un sentipensar el punto de intersección de esas mediatrices, como espacios vivos, de creación incesante, de reapropiación y legitimación, espacios para las resistencias y re-existencias.

Rita Laura Segato, antropóloga y activista feminista argentina, insiste en la importancia de "tipificar los diversos tipos de violencia contra la mujer, marcando la diferencia entre crímenes que pueden ser personalizados (...) de aquellos que no..." (Segato, 2011:1). En última instancia, Segato demanda "la desprivatización de los crímenes de género, que nuestro sentido común los retire de esa atmósfera intimista y universo de pasiones privadas" (...) que seamos conscientes de que "los cuerpos femeninos o feminizados constituyeron la primera forma de colonia y hoy, en la etapa apocalíptica en que nos encontramos como humanidad,

ello sigue ocurriendo...” (Segato, 2011:2). El suicidio feminicida, concepto propuesto por Russell, refiere a mujeres que son orilladas a cometer suicidio por abusos reiterados de sus parejas masculinas o por la sociedad patriarcal en la que se insertan (Vásquez, 2020:4). El relato de Josefa, magistralmente construido por Machuca en su novela, puede ser concebido desde esta óptica, teniendo en cuenta la historia sin fin de violencias y abusos vividas en el plano íntimo con sus parejas, pero así también por una sociedad que le arrebató todo y le mandata luego reinsertarse, en un discurso común articulado desde las profesoras que intentan alfabetizarla, profesionales de la salud que promueven adherencia a sus controles médicos y tratamiento antidepresivo... Un discurso no solo ingrato sino opresivo y que replica estas violencias. Una terapia que confina, que reprime las emociones y aplaca cualquier intento de liberación. Una iatrogenesis - clínica social y cultural – según Illich (1975) quien argumentó que la medicina moderna enfermaba a las personas y las sociedades, expropiando su capacidad de autocuración.

La conducta de Josefa obedece a lo establecido por la sociedad patriarcal: represión de las emociones y docilidad que se manifiesta en el eterno cuidado de la economía y del espacio doméstico, la preocupación por la limpieza, ayudar a los hijos, sacarles de aprietos. La responsabilidad en el cuidado de sus padres, incluso hasta el momento último, aquel en que se prepara para lanzarse a las vías del tren.

Durkheim concibe al suicidio como una enfermedad de la sociedad y enuncia el concepto de anomia y suicidio anómico para plantear que muchas veces un individuo que se suicida es aquel que no logra vínculos sociales que le integren y regulen sus pasiones y deseos insatisfechos. Plantea por tanto que la regulación social, en términos de disciplina y educación moral, libera al individuo de su padecer egocéntrico. Pensar en cambio, en clave foucaultiana, la muerte como un despojo de todo aquello que te genera sufrimiento, o de aquello que no eres, puede ser una manera de resistir frente a los mecanismos de biopoder. Por su parte, Nietzsche recupera el valor de la anarquía, argumentando que “es la época de los individuos más espirituales y más libres” que han sabido dejar atrás el peso de la moral y la costumbre. Quien se convierte en persona, deja de pensar y actuar como la sociedad espera que lo haga, es libre de toda genealogía (Martínez, 2006:297-298). No obstante, y superando la siempre controversial postura del filósofo, ello no implica un ensimismamiento tal que aisle al individuo de todo, sin vinculaciones, pero sí otorga la posibilidad de cuestionar todas aquellas instituciones justificadas en la moral y el control social que nos impiden elevar nuestro ser y encontrarnos expresados en plenitud.

Intento, desde mi sesgo personal y profesional y en una definición que no alcanzo a concretar, pero que he ido reflexionando a lo largo de este ensayo, concebir el suicidio desde una comprensión amplia del cúmulo de violencias y opresiones, conscientes e inconscientes, que a diario niegan nuestro ser, desde la propia gestación, la crianza, pasando por todas las etapas del ciclo vital, la escolarización, el trabajo alienante e indigno, las condiciones materiales de vida que determinan cómo vivimos y cómo morimos y a su vez, condicionadas por la no

voluntad política de los estados de incluir planes de protección social, y marcos legales e institucionales que los aseguren. Y esa no voluntad y ceguera tiene su raíz en una ideología concreta, que tristemente ha mercantilizado la vida y perpetúa su eficacia modelando los procesos educativos, la formación profesional de quienes supuestamente tienen en sus manos evitar este “desenlace”, especialmente en las ciencias de la salud. Una formación de pregrado carente de historicidad y de reflexión crítica sobre las implicancias sociales y biopolíticas de nuestro accionar. Pienso imprescindible la concientización de nuestra complicidad cuando actuamos como reproductores de las lógicas de poder imperantes. Pero así también de nuestros límites profesionales individuales en la superación del padecimiento humano causado no solo por la enfermedad, sino por la pobreza pluridimensional, por la desigualdad injusta, por las lógicas de acción de la necropolítica chilena.

Atravesada por los conflictos territoriales y políticos pasados y actuales en mi país, pienso en cómo las luchas en y por el territorio han gatillado persecución civil y policial y dejado víctimas fatales, evidenciando prácticas de colonialismo interno que ejerce el Estado contra los pueblos originarios, donde la discriminación y la negación de derechos están institucionalizadas y donde mujeres, niños, ancianos, dirigentes sociales son sistemáticamente perseguidos y vulnerados. En este contexto las voces de las mujeres mapuche, particularmente, se encuentran silenciadas, siendo invisibilizado su rol como sustentadoras de familia, gracias a su trabajo en la huerta y cría de animales; educadoras de vida y cultura para sus hijos y sus comunidades; y sanadoras tradicionales gracias al cultivo de un conocimiento ancestral en torno al uso de plantas medicinales y una cosmovisión que respeta y sostiene la vida. Reflexiono inevitablemente en cómo la constitución de una identidad cultural y cosmogónica, y el contexto histórico y territorial han sido omitidos en los enfoques diagnósticos y terapéuticos de los “problemas de salud mental que afectan al pueblo mapuche”, destacándose el aumento del suicidio en relación con el resto de la población del país. No son parte del análisis las determinaciones de desigualdad estructural, la violencia institucional, el despojo y desarraigo cultural y territorial. El epistemicidio, lingüicidio y etnocidio que la colonialidad del poder (Quijano, 2014) ha ejercido durante siglos. Aproximarse, desde un enfoque interseccional, a la comprensión de las condiciones de vida de mujeres mapuche racializadas, campesinas y pobres o quienes han migrado a la ciudad en busca de oportunidades, renunciando muchas veces a sus procesos culturales y comunidades, se transforma en un imperativo ético en el marco de programas de “salud intercultural” institucionales y políticas públicas que busquen solución a las violencias sistemáticas que se intersectan.

La medicalización sin límites que impera en nuestras sociedades, la cual corre de la mano con una progresiva mercantilización de la vida y producción de la salud como un bien de consumo, viene motivando desde hace cuatro décadas el análisis desde una perspectiva crítica de pensamiento que denuncia prácticas más asociadas al control social que a la cura. En este contexto, los movimientos feministas han denunciado cómo el biologicismo y los procesos de medicalización han afectado paradigmáticamente a mujeres, lo que en el campo de la salud

mental se ha evidenciado en una mayor coerción ejercida por las instituciones médicas y psiquiátricas en los cuerpos femeninos o feminizados. Distintos trabajos publicados dan cuenta, por ejemplo, de la prescripción diferencial de psicofármacos en función del género (Markez et al, 2004; Romo et al, 2003; Bacigalupe et al, 2020).

En palabras de la filósofa argentina María Lugones (2005), la expresión “mujeres de color”, que surge del movimiento de mujeres víctimas de la dominación racial en EE.UU., intersecta múltiples opresiones por clase, género, raza. Surge a partir de allí una propuesta de interseccionalidad que resulta tremendamente interesante en la construcción de un enfoque crítico desde la determinación social de la salud que identifique los vacíos que el feminismo blanco deja al igualar en discurso y práctica la condición de todas las mujeres, vacíos frente a los cuales es imprescindible accionar políticamente, materializar estrategias públicas integradas e integrales que eleven las condiciones de vida y recojan la pluralidad de existencias, perspectivas y prácticas culturales que cohabitan en los distintos territorios y que contribuyen al buen vivir de las comunidades. Como afirma Juan Carlos Cea-Madrid (2018), investigador y activista del movimiento Locos por nuestros derechos, en Chile las políticas sanitarias en las últimas décadas se han desarrollado “de acuerdo con criterios neoliberales de eficiencia y racionalización, incentivando la privatización y externalización” de los servicios asistenciales (Cea-Madrid, 2018:52). Si bien los sistemas de salud son respuestas que construye una sociedad para satisfacer las necesidades de salud de su población, en la actualidad y como ocurre en la mayor parte de los países latinoamericanos y caribeños, así como a nivel global, los sistemas de salud son constructos sociales que responden a las concepciones e intereses del mercado y filantropocapitalismo. De acuerdo con estas lógicas, los cuidados a nivel comunitario se han entendido principalmente como un modelo de gestión empresarial, sobre la base de la creación de una red de dispositivos sanitarios, cuyo principal eje articulador es la prescripción de fármacos. Lo anterior evidencia la fuerte influencia neoliberal y el espíritu mercantil del modelo de atención, impactado por la tecnologización y la institucionalización de la medicina, que queda subordinada al complejo médico industrial farmacéutico financiero, así como una ausente protección social e institución de bienes públicos universales, como el derecho a la educación y a la salud que quedan a merced del mercado. Como plantea Gonzalo Basile (2021) se evidencia un estado al que no le preocupan las necesidades de la vida en sociedad - salud, educación, trabajo digno, pensiones - sino “producir bienes privados desde el gobierno de la esfera pública, por ejemplo, entregando las pensiones a la capitalización de los bancos, las protecciones sociales a las aseguradoras de riesgo y la salud al complejo médico-farmacéutico industrial y financiero” (Basile, 2021:6). Ello determina a su vez la relativización de la autonomía profesional que era inherente a la práctica médica liberal clásica y el rol del paciente como consumidor pasivo, anulado en su saber, fruto de sus experiencias vitales, y subordinado en términos técnicos y sociales (Espinosa, 2013).

Comprender la complejidad de procesos y contradicciones capitalistas es un desafío enorme, no obstante, es innegable su impacto civilizatorio y sobre la Madre Tierra; alterando profundamente los ecosistemas, la economía, la política, el trabajo, la cultura y la vida cotidiana

hasta entrar en nuestros cuerpos y nuestras mentes y cambiar nuestras relaciones sociales, concepción de la vida y modos de habitar y coexistir. La medicalización de la subjetividad tiene directa relación con la expansión de una mirada que comprende los malestares subjetivos como hechos individuales y naturales, que no dependen de las circunstancias sociales, asumiéndolos como problemas médicos a-históricos, a-sociales, a-políticos. Esta individualización y naturalización del malestar social, de acuerdo con Joanna Moncrieff (2006) se articula con las políticas neoliberales, posibilitando la proliferación de “etiquetas” psiquiátricas, así como la expansión de servicios de “salud mental” y el consumo de psicofármacos. Consumo que tiene un impacto en la gran mayoría de las veces negativo sobre la subjetividad, la conciencia corporal de sí mismo, la autonomía y la participación social (Castillo, 2018). En este sentido, las narrativas y significados de quienes sufren estas experiencias solo pueden ser comprendidas desde una apertura y reconocimiento del saber y experiencia de los usuarixs y real disposición a la ayuda profesional, en un marco de derecho a la autonomía y agenciamiento (Merhy, 2012; Merhy, 2017).

Como plantea Nikolas Rose (2007), las tecnologías médicas contemporáneas no solo buscan curar enfermedades, sino controlar y manejar procesos vitales del cuerpo y la mente. Ya no son tecnologías de salud sino tecnologías de vida. Utilizando las herramientas elaboradas por Foucault (1999), es posible iniciar un camino de constatación de reglas que articulan no solo la elaboración de un discurso, se trata enunciaciones, sistemas, instituciones, políticas de estado, configurados de tal manera que obstaculizan la transformación de la realidad. Recordando a Bourdieu (2000), nos hallamos involucrados en un proceso histórico de deshistorización del «*habitus*», elemento generador de la práctica y factor primordial de la reproducción cultural o simbólica. Desde allí la urgente necesidad de cuestionarnos y re-crear.

Un abordaje histórico-social del cotidiano, de las trayectorias vitales desde la corporeidad con que tocamos la vida, aportarán sin duda a la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, así como de los dispositivos de intervención en salud, como fenómenos dinámicos, eminentemente sociales y políticos. El contexto actual de hegemonía del paradigma biomédico, medicalización y medicamentación de la vida, muchas veces invisibilizan las construcciones subjetivas sobre el padecimiento de una enfermedad crónica y el uso de medicamentos, las cuales se dan en las intersecciones de prácticas pluriculturales de autoatención de los padecimientos y mutuocuidado, constituyendo una diversidad de patrimonios simbólicos, sociales y culturales, que explican formas diversas de construir y afrontar el proceso de salud y enfermedad, especialmente vinculado a las trayectorias existenciales y condiciones materiales de vida, que son claves en la comprensión de este proceso como un *continuum* y como fenómeno sociohistórico y biopolítico. Que el cuerpo tome cuerpo, esto es, que se transforme en sujeto, agente de experiencia y creación, requiere de un ejercicio permanente de conciencia individual y colectiva.

Como explicita Giddens:

“El cuerpo se convierte en el punto focal del poder y ese poder, en vez de intentar marcarlo externamente, como ocurría en las épocas pre-modernas, lo somete a una disciplina interna de autocontrol. Según el retrato trazado por Foucault, los mecanismos disciplinarios producen cuerpos dóciles” (Giddens, 1997:78).

Ahora bien, ese proceso emancipatorio a partir de la concientización de cómo los dispositivos de poder se articulan en el cuerpo, no se alcanzará sólo con un trabajo intelectual. Como ha sido planteado, el alcance de una plena conciencia pasa por el experimentar, crear, recrear y compartir espacios y prácticas cotidianas de libertad de expresión de las realidades de vida, cotidaneidades, así como de la exteriorización de las opresiones, explotaciones, violencias y discriminaciones que impiden una vida plena y armónica. En ese sentido, el pensamiento feminista comunitario, a partir del reconocimiento de las huellas en la corporalidad de la invasión colonial y entronque de patriarcados, puesto que evidencian la existencia de uno originario ancestral, ha hecho grandes contribuciones a la acción política emancipatoria de mujeres indígenas de Abya Yala, al plantear que debemos “asumir la corporalidad individual como territorio propio e irreplicable, que permite ir fortaleciendo el sentido de afirmación de su existencia de ser y estar en el mundo. La emergencia de la autoconciencia va dando cuenta de cómo ha vivido este cuerpo en su historia personal, particular y temporal las diferentes manifestaciones y expresiones de los patriarcados y todas las opresiones derivadas de ellos”. Como reflexiona Daniela Catrileo (Aparicio, 2020), “el territorio no es simplemente un espacio, un paisaje, también son huellas, son cuerpos, son muertes...”. En palabras de Lorena Cabnal, maya-xinka de Guatemala, resulta imprescindible “recuperar el cuerpo para defender el embate histórico que atenta contra él (...) para una vida en dignidad, reconociendo su resistencia histórica y su dimensionalidad de potencia transgresora, transformadora, y creadora” (2012:22).

Y es en sintonía con esa radicalidad, que retomo a Conrad, quien complejiza la teorización sobre la medicalización que inauguraba Illich, planteándolo como un fenómeno multifactorial, fragmentario, gradual, irregular e, incluso, reversible. Conrad plantea la desmedicalización como una posibilidad cierta (Conrad, 2007; Conrad 2013). Desmedicalizar-nos para contribuir a la desmedicalización de la sociedad: es allí donde puede haber un horizonte profesional para integrar la perspectiva de los tres cuerpos que proponen Scheper-Hughes y Lock (1987) y sobre todo sus intersecciones. Aquellas donde abandonamos las prácticas iterativas de los dispositivos de control y nos posicionamos desde un espacio de encuentro donde es posible encontrar puntos de fuga (Bordón, 2018), habitar las intersecciones, acompañar procesos de emancipación individual y colectiva que emergen del espacio doméstico y cotidiano.

## CONCLUSIONES

El presente ensayo se construye a partir del proceso de reflexividad inicialmente gatillado por la interpretación del relato de Josefa en la novela “Tres mil viajes al sur” de Manuel Machuca. Se trata de un relato que evidencia las múltiples opresiones que atraviesan las historias de mujeres que viven la pobreza y exclusión social producto del desplazamiento forzado y desarraigo, respondiendo, a juicio de la autora, a un claro contexto de violencia sistémica amparada en el orden patriarcal, colonial y capitalista de nuestros tiempos y un modelo de cuidados sanitarios y práctica clínica como dispositivos de control social que reproducen este orden. Se identifica la tensión entre los cuerpos individual, social y político que cohabitamos y en cuyos puntos medios interseccionales convergen fuerzas que nos permitirían construir de manera creativa nuevos lenguajes, resignificar relaciones, sentipersarnos de maneras contrahegemónicas, descolonizadoras y emancipatorias frente a los patrones de moralidad, normalidad y condicionamientos, configurados en violencias estructurales y simbólicas que nos oprimen. Esta rebelión, este agenciamiento, este profundo accionar en contra de un presente “viviendo en la muerte”, sino habitando la vida, en su máxima expresión, con sus diversas posibilidades, donde la enunciación de un yo responde primeramente a un deseo, un instinto libertario, que se hace consciente en estas intersecciones, vivenciadas desde una corporalidad-territorio que identifica y resiste al poder, capitalista, colonialista y sexista, posibilitando la construcción de subjetividades e intersubjetividades abiertas, libres de transformación permanente, en busca de un buen vivir. Lejos de pretender una simplificación de un debate complejo, siempre vigente, como es aquel respecto del suicidio y más aún, del suicidio feminicida, compartir esta reflexión, que sigue en proceso de transmutación, es un intento por abrir espacios de diálogo reflexivo y acción colectiva en torno a las implicancias biopolíticas de la práctica asistencial.

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi profundo agradecimiento y afecto a quienes han sido para mí maestros y referentes éticos, ontológicos, epistemológicos y políticos en un repensar los cuidados farmacéuticos y situarnos en un accionar desmedicalizador: Manuel Machuca González, Martha Milena Silva Castro, Francisco Martínez Granados, María González Valdivieso y Elena Touriño Baliña. Mi gratitud enorme a los académicos Claudio Obando Cid y Cesar Leyton Robinson del Diploma Biopolítica desde La Frontera, de la Universidad de la Frontera, por estimular estas reflexiones en clave biopolítica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APARICIO, E. (2020) Daniela Catrileo en Cita de libros: “El territorio no es simplemente un espacio, también son huellas, son cuerpos, son muertes”. *El Mostrador*. [En línea] 27 de junio. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/cultura/2020/06/27/daniela-catrileo-en-cita-de-libros-el-territorio-no-essimplemente-un-espacio-tambien-son-huellas-son-cuerpos-son-muertes/> [Consulta, 28.02.2021]
- BACIGALUPE A., CABEZAS A., BAZA BUENO M., MARTÍN U. (2020). “El género como determinante de la salud mental y su medicalización”. Informe SESPAS 2020. [En línea] *Gac Sanit*, 34(S1):61–67. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-el-genero-como-determinante-salud-articulo-S0213911120301813> [Consulta, 17.03.2021]
- BASILE, G. (2021). “Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: apuntes para repensar y descolonizar las teorías y políticas”. VI Dossier Salud Internacional Sur Sur. [En línea] Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20210204054841/VII-Dossier-SISS.pdf> [Consulta, 14.04.2021]
- BORDÓN, C. (2018). “El biopoder patriarcapitalista y la destrucción de la masculinidad. La resistencia en clave femenina y feminista”. [En línea] *Acheronta: Revista de Investigación en filosofía*, 3. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/ach/article/view/3081> [Consulta, 28.02.2021]
- BOURDIEU, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- BUTLER, J. (2004). *Undoing gender*. New York: Routledge.
- CABNAL, L. (2012). “Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala”. En: ACSUR Las Segovias. *Feminismos diversos: feminismo comunitario*. p. 22. [En línea] Disponible en: <https://porunavidavivible.files.wordpress.com/2012/09/feminismos-comunitario-lorena-cabnal.pdf> [Consulta, 28.02.2021]
- CAMUS, A. (2015). *El Mito de Sísifo*. Buenos Aires: Losada.
- CASTILLO, T. (2018). “Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos”. *Salud colectiva*, 14(3): 513-52. [En línea]. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1861/> [Consulta, 23.03.2021]
- CEA-MADRID, J.C. (2018). “Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo”. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2): 50-70.
- CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- CONRAD, P. (2013). “Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts”. En: COCKERHAM, W.C. (Ed.). *Medical sociology on the move: new directions in theory*. Birmingham: Springer. p.195-214.
- DURKHEIM, E. (1987 [1951]). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.
- ESPINOSA, B. (2013). “La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico”. *Revista Cubana de Salud Pública*. 39(1):1-3. [En línea] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp131a.pdf> [Consulta, 23.03.2021]
- FOUCAULT, M. (1999). “Diálogo sobre el Poder”. En: Michel Foucault. *Estética, Ética y Hermenéutica*. Obras Esenciales – Vol. III. Barcelona: Paidós.
- GIDDENS, A. (1997). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- ILLICH, I. (1975). *Némesis médica*. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral.
- LUGONES, M. (2005). “Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color”. *RIFP* 25, 61-75. [En línea] Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/592/59202503.pdf> [Consulta, 27.02.2021]

- MACHUCA, M. (2016). *Tres mil viajes al sur*. Sevilla: Ed. Anantes.
- MARKEZ, I., PÓO, M., ROMO, N., MENESES, C., GIL, E., VEGA, A. (2004). "Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* (91): 37-61. [En línea]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sciarttext&pid=S021157352004000300004&lng=es> [Consulta, 17. 03.2021]
- MARTÍNEZ, P. (2006). "Libertad y sociedad en el pensamiento de Nietzsche". *Veritas. Revista de Filosofía y Teología*, 1(15): 295-312 [En línea] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291122947005> [Consulta, 08.04.2021]
- MERHY, E., FEUERWERKER, L., SILVA, E. (2012). "Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental". *Salud Colectiva*, 8(1): 25-34. [En línea] Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2012.v8n1/25-34/> [Consulta, 23.03.2021]
- MERHY, E. (2017). Micropolítica del cuidado en salud [Video]. HERKOVITS, D. Y SY, A. Entrevistadores. Buenos Aires: CeDoPS. Video 34.55 min, Sonido, Color.
- MONCRIEFF, J. (2006). Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *British Journal of Psychiatry*, (188), 301-302.
- MORENO, Y. (2017). "Judith Butler y la construcción del sujeto en términos performativos". *Thémata. Revista de Filosofía*, 55: 307-315. [En línea] Disponible en: <https://institucional.us.es/revistas/themata/56/14.%20Nota.pdf> [Consulta, 08.02.2021]
- QUIJANO, A. (2014). "Colonialidad del poder y clasificación social". En: *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. Ediciones Biblioteca CLACSO [En línea]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140506032333/eje1-7.pdf> [Consulta, 27.03.2021]
- ROMO, N., VEGA, A., MENESES, C., GIL, E., MARKEZ, I., PÓO M. (2003). "Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres". *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4). [En línea] Disponible en: [http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4\\_5.pdf](http://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n4_5.pdf) [Consulta, 17.03.2021]
- ROSE, N. (2007). "Molecular Biopolitics, Somatic Ethics and the Spirit of Biocapital". *Social Theory & Health*, 5: 3-29. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700084>
- RUSSELL, D. (2006). "Feminicidio por arma de fuego: un año de crímenes de odio mortales en Estados Unidos". En: *Feminicidio: una perspectiva global*, editado por Diana Russell y Roberta Harmes, Ciudad de México, UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en ciencias y Humanidades, pp.101-117.
- SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. (1987). "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*, 1: 6-41.
- SCHEPER-HUGUES, N. (1995) "Hungry bodies, medicine, and the state". En: SCHWARTZ T., WHITE G., LUTZ C. (Eds.) *New Directions in Psychological Anthropology*. New York: Cambridge University Press, pág. 221-247.
- SEGATO, R. (2011). "Femigenocidio y feminicidio: una propuesta de tipificación". Leído en la mesa "*Feminismos Poscoloniales y descoloniales: otras epistemologías*". II Encuentro Mesoamericano de Estudios de Género y Feminismos, 4-6 mayo de 2011, Ciudad de Guatemala. [En línea] Disponible en: <http://mujeresdeguatemala.org/wp-content/uploads/2014/06/Femigenocidio-y-Feminicidio.pdf> [Consulta, 08.03.2021]
- SILVA-CASTRO, MM. (2019). "*Analysis of Suicide as a Social Fact through a life story*". Short Essay. [En línea] Página web. Disponible en: <http://www.tresmilviajesalsur.es/category/lo-que-se-dice-por-ahi/> [Consulta, 28.02.2021]
- VÁSQUEZ, A. (2020). "Óxido de Carmen de Ana María del Río: un suicidio feminicida". *Anclajes*, 24(3): 107-123. <https://doi.org/10.19137/anclajes-2020-2437>

\* \* \*